

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931-1932

N°

251

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Georges BLUZAT

né à Apremont (Cher), le 6 septembre 1904

Diplômé de l'Institut de Médecine légale
et de Psychiatrie de Paris

THROMBO-PHLÉBITE
dite par effort

Président de Thèse : M. le Professeur Balthazard

1932

IMPRIMERIE LABOR
8, BOUL. DE VAUGIRARD
PARIS-XV°

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931-1932

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)
PRÉSENTÉE PAR

Georges BLUZAT
né à Apremont (Cher), le 6 septembre 1904
Diplômé de l'Institut de Médecine légale
et de Psychiatrie de Paris

THROMBO-PHLÉBITE
dite par effort

Président de Thèse : M. le Professeur Balthazard

1932
IMPRIMERIE LABOR
8, BOUL. DE VAUGIRARD
PARIS-XV^e

I. — PROFESSEURS

LE DOYEN : M. BALTHAZARD

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL - LAVAS-TINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BESANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEREBOLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.

II. — AGREGES EN EXERCICE

Neurologie et Psychiatrie.....	MM. ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale	Henri BENARD.
Physiologie	CHAILLEY-BERT
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale.....	BROCC.
Pathologie médicale.....	BRULE.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	de GAUDART d'AL-LAINES.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie	GASTINEL.



Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique	Henri LABBE.
Pathologie médicale	Guy LAROCHE.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie.....	OLIVIER.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique.....	PORTES.
Pathologie chirurgicale.....	QUENU.
Physiologie.....	RICHET.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SEZARY.
	VALLERY-RADOT
Pathologie médicale.....	(Pasteur).
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

	MM.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

ANNEXE, A TITRE PERMANENT

MM.			
ABRAMI	}	Clinique	AUVRAY
CHIRAY		médicale	BASSET
DEBRE			CHEVASSU
DUVOIR			HEITZ-BOYER
LERI			MATHIEU
LÉVY-SOLAL	}	Clinique	MOCQUOT
METZGER		obstétrique	PROUST
LE LORIER		cale	SCHWARTZ
			Clinique chirurgicale

V. — CHARGES DE COURS

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes....	MM.
Stomatologie	MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.
Education physique.....	FREY.
	CHAILLET - BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE

*Trop faible témoignage de ma grande
affection et de ma reconnaissance.*

A MON FRERE ET MA BELLE-SŒUR

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A M. le Professeur BALTHAZARD

Professeur de Médecine légale

Doyen de la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Respectueux hommage.

A M. le Docteur DERVIEUX

Chef des Travaux de Médecine légale

*Qui a bien voulu nous donner le sujet
et la matière de cette thèse.*

*En témoignage de nos sentiments très
respectueux et très reconnaissants.*

A M. le Docteur PIEDELIEVRE

Professeur agrégé de Médecine légale

A M. le Docteur DUVOIR

Professeur agrégé de Médecine légale

A M. le Professeur HENRI CLAUDE

Professeur de Clinique des Maladies Mentales

A M. le Docteur CEILLIER

Médecin Expert

A M. le Docteur de GRISSAC

Médecin Chef de l'Hôpital d'Argenteuil

*dont les conseils précieux et la droiture
bienveillante resteront pour nous un
précieux exemple.*

*A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS*

*A MM. LES MEDECINS
DE L'HOPITAL D'ARGENTEUIL*

Aux Docteurs :

AUCLAIR. — BERTRAND. — COLLIN. — DETROIS.
GOSSELIN. — LUMIÈRE. — REYNIER.

INTRODUCTION

Nous tenons à remercier, au début de ce travail, nos Maîtres de l'Institut médico-légal, d'avoir bien voulu nous suggérer le sujet de cette thèse. Si la thrombo-phlébite par effort est une affection relativement rare, son diagnostic, par contre, du fait de ses signes cliniques toujours semblables, est aisé. Susceptible d'entraîner dans certains cas une incapacité permanente, cette maladie intéresse, à juste titre, le médecin expert. Le fait même de parler de maladie semble nous faire sortir du cadre de la loi de 1898 sur les accidents du travail, et, en effet, si l'expert prenait à la lettre l'Arrêt de la Cour de cassation du 21 février 1912, considérant l'accident comme « toute lésion provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure », il semblerait bien difficile de ranger, dans tous les cas, la thrombo-phlébite par effort dans les accidents du travail. Pourtant, jusqu'à ce jour, l'assimilation fut généralement faite par l'expert et des notions pathogéniques récentes légitiment cette façon de voir.

HISTORIQUE

Le premier cas de thrombo-phlébite par effort fut publié en Allemagne par Von Schrötter (1884), suivi jusqu'en 1911 de plusieurs observations d'auteurs allemands, Heinecke, Schepelmann, Rosenthal.

Le deuxième cas aurait été étudié en 1887 par Damaschino.

En France, à la suite des publications de ces observations, viennent une série de communications ou de rapports à la Société de chirurgie de Paris (Lenormant, Mocquot, Lecène, Guyot et Jeanneney, en 1913, Grimault et Dantlo en 1924; Louis Bazy, Schwartz, Routier, Broca, Potherat).

En 1913, paraît l'importante thèse de Pellot, inspirée par Rochard.

A Bordeaux, Loubat et Carles étudient la question.

A l'heure actuelle, une cinquantaine d'observations ont été publiées. Les travaux les plus récents sont ceux de Finkelstein, de Löhr, de Kinsel et de Wulsten en Allemagne; de Pearce Gould et Patry en Angleterre.

Au dernier congrès de médecine légale à Genève, J. Cottalorda, de Marseille, reprend toute la question.

ETIOLOGIE

Typiquement, la thrombo-phlébite par effort frappe un sujet du sexe masculin, dans la force de l'âge, aux muscles généralement puissants. Le plus souvent, les sportifs mis à part, l'on a affaire à un manœuvre astreint à des efforts violents et répétés. Pour J. Cottalorda, « l'effort ne fait qu'exceptionnellement défaut. La profession ou les habitudes de ces malades entraînent la possibilité de ces traumatismes soit brusques, soit chroniquement répétés ».

Cette notion d'effort, telle que nous venons de la définir, est reconnue généralement par les auteurs français, et, en particulier, par Pellot dans sa thèse de Paris. Nous voyons par là que les cas embarrassants pour le médecin expert, seront ceux où la thrombo-phlébite apparaît insidieusement en l'absence de tout effort brusque relaté par le malade et l'expert devra alors rechercher l'existence de traumatismes répétés à l'occasion du travail.

Sur trente cas publiés, vingt-sept touchent le membre supérieur, dont dix-sept fois à droite. Vingt-cinq fois, l'affection se rencontre chez l'homme.

SYMPTOMES

En mettant de côté le cas de traumatisme brusque suivi rapidement d'œdème dans les heures qui succèdent

à l'accident, les choses se passent généralement de la façon suivante :

Chez un sujet, sans antécédents pathologiques connus, surviennent, à la suite d'un effort qui peut être minime, des douleurs sourdes, continues, qui, sans être extrêmement vives, tiennent cependant le malade en éveil ; de plus, une sensation de lourdeur envahit le membre atteint, le tout étant souvent si peu marqué que le sujet attribue ces sensations pénibles à l'effort employé pour accomplir son travail. Mais, au bout de quelques jours, une tuméfaction uniformément répartie, souvent considérable, gagne tout le membre, lui donnant un aspect cylindrique. On se trouve en présence d'un œdème dur, couleur cyanotique ou bleu-violacée, s'accompagnant d'une circulation veineuse collatérale superficielle, le plus souvent à type tête de méduse. On peut palper un cordon veineux, dur, sensible à la pression et perceptible, le plus fréquemment dans la région axillaire. Il s'ensuit une impotence fonctionnelle relative du membre intéressé. Les signes généraux, peu appréciables, sont, le plus souvent, cliniquement absents.

Un certain nombre d'auteurs ont étudié la tension artérielle chez de tels malades. Tandis que Delbet, Dantlo, Grimault, Guyot et Jeanneney ne trouvent aucune différence entre les deux membres, Loubat et Carles notent une légère diminution de la tension du côté du membre atteint. Rocher, dans une de ses observations, montre une augmentation de la maxima et de l'indice oscillométrique du côté malade. Cottalorda observe la cessation du déséquilibre tensionnel avec le retour à la guérison.

L'étude de la viscosité sanguine montre cette dernière nettement augmentée. Avec l'amélioration des symptômes, certains auteurs ont constaté l'accroissement du nombre des globules rouges.

Le Bordet-Wassermann, positif dans quelques cas, ne permet pas cependant de faire suspecter la syphilis dans l'étiologie.

EVOLUTION :

Les signes cliniques ne permettent pas de porter un pronostic. Tantôt la guérison est rapide et complète, tantôt cette dernière ne s'installe que péniblement et des troubles trophiques et vaso-moteurs persistent, justifiables, dans certains cas, d'incapacités dont le taux peut atteindre 50 %.

Jeanneney et Mathey Cornat rapportent le cas d'un malade qui, après 8 ans, présente une circulation collatérale intense, un œdème marqué, un cordon veineux palpable, le tout s'accompagnant d'impotence fonctionnelle. L'étude de la tension artérielle montrait une augmentation de la maxima et de l'indice oscillométrique du côté malade. La viscosité sanguine était augmentée et les globules rouges diminués.

Le Docteur Belètré, de Sancoins, a bien voulu nous faire examiner un de ses malades, dont nous donnons l'observation complète, et qui a été l'objet, après révision, par le Docteur Dionis, du Séjour de Clermont, d'une incapacité permanente de 40 %, deux ans et demi après l'accident. Signalons, comme exceptionnel, le cas

de Heinecke, rapporté par Cadenat, dans lequel, quatre ans après le début de l'affection, une invalidité totale est survenue.

Quant au pronostic vital, ce dernier est toujours bon ; l'embolie est une rareté et n'a à notre connaissance été observée qu'une seule fois, à la suite d'une extirpation chirurgicale incomplète des veines malades.

DIAGNOSTIC

On pensera à la thrombo-phlébite par effort en présence des signes précédemment décrits.

En schématisant : œdème, circulation veineuse collatérale, cordon veineux, impotence fonctionnelle.

Pour le diagnostic différentiel, on éliminera les œdèmes dits nerveux :

Œdème spinal de Remak dans la syringomyélie ou l'œdème va diminuant de bas en haut, s'accompagne de troubles trophiques et d'aspect particulier des doigts, et dans lequel la circulation veineuse superficielle est discrète;

— Œdèmes tabétiques, hystériques, épileptiques, par les antécédents du malade et les symptômes propres à ces affections;

— Certains œdèmes provoqués par des agents médicamenteux : l'iode en particulier.

Mais disons bien que l'erreur la plus fréquente est faite en présence d'un œdème relevant d'une compression ganglionnaire ou tumorale. Exceptionnellement, on pourrait se trouver en présence d'une côte cervicale supplémentaire.

Le diagnostic médico-légal reste de beaucoup le plus délicat dans le cas où l'effort causal n'est pas évident.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la majorité des cas, le siège de la thrombose est sur la veine principale du membre : *axillaire*, humérale ou sous-clavière. Delbet a trouvé la veine adhérant intimement à l'artère; Bazy, entourée d'un hématome; Dervieux rencontre à l'autopsie une déchirure de la paroi profonde de la veine.

La culture du caillot, négative dans un cas personnel de Bazy, est positive dans un cas observé par Grimault et Dantlo, et donne du streptocoque et du staphylocoque. Dans le cas signalé par Moudor, la même culture donne du staphylocoque et du coli-bacille.

Pour Cattalorda, le caillot n'est pas constant, et il constate son absence dans un cas personnel. Löhr signale un cas semblable.

Cattalorda pense à une participation de tout le paquet vasculo-nerveux et se résume en disant : « Le syndrome clinique de la thrombo-phlébite par effort correspond à tout un ensemble de troubles anatomiques portant sur tous les éléments du paquet vasculaire et non exclusivement sur la veine. »

PATHOGENIE

Jusqu'à ce jour, deux théories se trouvaient en présence, l'une purement traumatique, l'autre infectieuse. Cattalorda expose une troisième théorie qu'il appelle : théorie sympathique. Nous allons exposer rapidement chacune d'elles.

A) *Théorie purement traumatique :*

Pour les défenseurs de cette théorie, l'effort brusque serait capable de déterminer des lésions de l'endo-veine qui favoriseraient secondairement la formation du thrombus; ces lésions seraient causées par l'arrachement de veinules à leur abouchement dans la veine principale.

Dans les cas d'efforts minimes et répétés, ces auteurs ont donné des explications diverses. Pour Willan, la thrombo-phlébite aurait comme cause la contusion de la veine sur la première côte; pour Löwenstein, elle serait due à la compression de la veine axillaire contre le ligament costo-coracoïdien dans la position d'abduction. De son côté, Heinecke rapporte un cas de compression par cal claviculaire.

Tous ces arguments semblent faibles ou tout au moins ne peuvent être valables que dans des cas bien particuliers.

B) *Théorie infectieuse* : formulée par Lecène.

Lecène et Lenormant croient le traumatisme ou l'effort incapables de déterminer à eux seuls une thrombo-phlébite. Lenormant, dans un article récent, écrit : « Nous pensons qu'ici, comme dans beaucoup d'autres cas de la médecine du travail, ce rôle est essentiellement révélateur : la thrombo-phlébite existe déjà, en train de se constituer, mais elle est latente et n'a encore donné lieu à aucune manifestation clinique ; elle est ignorée du malade. » Pour lui, l'infection doit toujours être recherchée ; mais cette dernière, souvent légère, ne peut être décélée que par les recherches de laboratoire.

Lenormant cite les cas où, cliniquement déjà, on peut affirmer l'origine infectieuse : Thrombo-phlébite s'accompagnant de fièvre (Broca, Schepelmann), de polynucléose (Guyot et Jeanneney), consécutive à une grippe (Kinzel), chez des blessés du poumon porteurs d'un hémithorax louche et fébricitants (Cadenat), de gros ganglions enflammés (Rosenthal).

Histologiquement, Schwartz a constaté des lésions d'endo-phlébites avec oblitération complète de la veine ; Grimault et Dantlo une sclérose ancienne de la paroi veineuse, une endophlébite végétante et un caillot récent en voie d'organisation.

Guyot et Jeanneney constatent en plus une réaction leucocytaire marquée.

Bactériologiquement : sur trois cas de thrombo-phlébites typiques, le caillot prélevé aseptiquement n'a pas donné de cultures (Louis Bazy) ; deux fois la culture s'est montrée positive donnant du staphylocoque blanc

et du *streptococcus viridens* dans le cas de Grimault et Dantlo; du staphylocoque et du coli-bacille dans le cas de Mondor et Lenormant.

Lenormant conclut avec Lecène que « les thrombo-phlébites, soi-disant produites par l'effort ou par un traumatisme indirect minime, ne sont que des thrombo-phlébites latentes d'origine infectieuse, révélées par cet effort ou ce traumatisme indirect, que les observations publiées montrent avoir été presque toujours insignifiant ». Il ajoute : « La phlébite par effort doit rejoindre l'orchite par effort dans le casier des pathogénies actuellement non démontrées et très probablement imaginaires. »

C) *Théorie sympathique :*

Cette théorie, soutenue par Cattalorda, de Marseille, s'appuie sur la constatation suivante :

Dans un cas typique de thrombo-phlébite par effort, l'intervention chirurgicale ayant été décidée, on constata l'absence de caillot.

En l'absence de lésions veineuses évidentes, l'auteur reste frappé par la présence d'altérations artérielles et d'un déséquilibre tensionnel avec ascension de la maxima et par la guérison rapide et totale obtenue par résection veineuse et sympathectomie péri-axillaire.

Dans un deuxième cas, l'intervention pratiquée par le Professeur Imbert, de Marseille, montrait, en dehors d'un caillot siégeant sur la saphène, des altérations de l'artère fémorale. Dans un troisième cas, sans intervention, le même déséquilibre tensionnel est constaté; la

guérison complète s'installe avec disparition des troubles sphygmanométriques.

Pour Cattalorda cette façon de voir expliquerait les résultats, selon lui, incontestablement meilleurs et plus rapides lorsque les malades sont opérés. Les résultats les plus rapides et les plus complets seraient obtenus par simple résection de la veine entre deux ligatures. Bazy pratique l'extraction du caillot et resèque la veine; la guérison est complète en 28 jours. En dehors de ce cas exceptionnel par la rapidité de la guérison, on voit des troubles persister des années après l'accident et se rapportant à des déséquilibres vaso-moteurs du membre intéressé.

L'auteur rapproche alors ces constatations des études actuelles sur le sympathique périveineux, et des recherches de Villaret rapportées par Ducuing, il dégage les notions suivantes :

1° L'irritation du sympathique faite au niveau de l'adventice ou de l'endothélium détermine une vaso-constriction très nette de la veine.

2° Cette vaso-constriction est non seulement locale, mais peut se transmettre à distance.

3° Habituellement, quand la cause d'irritation ne persiste pas, à une vaso-constriction plus ou moins intense, fait suite une vaso-dilatation dont la durée est variable.

4° Quand l'irritation dure, la vaso-dilatation finit le plus souvent par disparaître, sauf dans certains cas où, pour Leriche, elle ne cède que lorsque l'adventice est enlevée. « Il y a, en somme, écrit ce dernier, dans la pathogénie veineuse, comme dans la pathogénie arté-

rielle, un élément adventiciel, c'est-à-dire vaso-moteur considérable. »

Ce rôle du veino-spasme expliquerait pour Alquier et Leriche le résultat favorable des resections veineuses dans les séquelles phlébitiques.

Ainsi se trouverait expliqué l'œdème, conditionnant le pronostic de la thrombo-phlébite par effort, et Cattalorda pense avec Leriche que « c'est la paroi veineuse qui fait l'œdème et non l'état de la lumière veineuse ». La ligature veineuse ne provoquant qu'un œdème transitoire, tandis que l'irritation veineuse ou la thrombose cause un œdème ne cessant qu'avec la suppression de l'irritation.

Pour Leriche, l'œdème est lié à des reflexes « vaso-moteurs naissant dans l'adventice enflammée ». Partant de ces notions, Cattalorda envisage la pathogénie de la thrombo-phlébite par effort de la façon suivante :

« Le traumatisme brusque et brutal ou répété, détermine une irritation péri-veineuse, peut-être le plus souvent par suite d'arrachement de veinules ou par la contusion sur des éléments anatomiques anormaux ou anormalement développés.

Cette contusion détermine en particulier une irritation adventicielle péri-veineuse qui entraîne fatalement un veino-spasme. Ce veino-spasme peut n'être qu'intermittent si la cause d'irritation cesse ou diminue suffisamment pour descendre au-dessous du seuil d'excitation du sympathique.

Ces faits expliquent la « claudication veineuse » de Löhr et les guérisons spontanées, rapides et incontestables de certaines thrombo-phlébites par effort. Mais si

ce spasme devient permanent, il entraîne la stase et favorise le développement du caillot surtout lorsque l'endothélium veineux a été altéré par le traumatisme ou peut être par une infection latente périvasculaire manifestée par un hématome infecté ou des ganglions chroniquement enflammés.

En tout cas, nous le voyons, l'infection ne peut et ne doit jouer qu'un rôle secondaire et l'élément pathogénique essentiel, devient le spasme veineux.

A l'issue de cette étude pathogénique, nous pouvons donc donner de la thrombo-phlébite par effort, la définition suivante :

« Syndrome relevant de lésions vasculaires à prédominance veineuse. Ces lésions ont comme point de départ un spasme veineux par irritation sympathique ; elles s'accompagnent anatomiquement le plus souvent, mais non nécessairement, de thrombose veineuse et se traduisent essentiellement au point de vue clinique par l'œdème extériorisation du déséquilibre vaso-moteur du membre ».

TRAITEMENT

Dans la majorité des cas, on se contente du traitement médical, consistant en repos, pansement compressif et élévation du membre, suivi d'applications d'air chaud et de massages.

Schepelmann est intervenu en incisant la veine et en enlevant le thrombus.

Delbet, Broca, Guyot et Jeanneney, Grimault et Dantlo ont réséqué entre deux ligatures le segment veineux thrombosé.

Baxy a obtenu un résultat rapide et complet par ablation du caillot suivie de suture veineuse.

Le Professeur Imbert, de Marseille, a obtenu un résultat identique.

Cattalorda fait remarquer que la resection du segment veineux thrombosé, revient à faire une sympathectomie péri-veineuse.

L'idée de compléter l'intervention par une sympathectomie péri-artérielle a été émise par Jeanneney et Mathy Cornat, et suivie par Imbert et Cattalorda.

Cattalorda, conseille d'instituer un traitement médical, tout en surveillant les troubles tensionnels au Pachon. Si au bout de quelques jours aucune amélioration ne survient, il y a lieu d'intervenir en faisant une phlébectomie et sympathectomie péri-artérielle de l'artère correspondante.

CONCLUSION

Actuellement mieux connue, la thrombo-phlébite par effort n'en reste pas moins obscure quant à sa pathogénie.

Laissons de côté les différentes théories pathogéniques, et voyons, en manière de conclusion, quelle devra être la conduite à tenir par le médecin expert.

Si l'accident est appuyé par le témoignage, il sera considéré comme responsable.

Dans de nombreux cas, l'effort même s'accompagne de traumatisme; dans l'observation de Dervieux, à l'effort causé par la traction sur le bras vient s'ajouter le traumatisme veineux par le choc du bras sur la galerie de la voiture.

Dans d'autres cas, l'ouvrier a accusé une douleur vive à la suite d'un effort, et les signes habituels de phlébite sont survenus consécutivement.

Dans tous les cas, on ne pourra conclure à un accident du travail qu'autant qu'il existera une suite continue des symptômes faisant suite, soit à un traumatisme à l'occasion d'un effort, soit à un effort ayant provoqué une douleur évidente.

Vu :

Le Doyen :
BALTHAZARD

Le Président de thèse :
BALTHAZARD

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

LENORMANT et H. MONDOR

(In : *Presse Médicale*, 14 nov. 1931)

Homme de 20 ans, ouvrier peintre, entré à la Pitié le 29 janvier 1931, pour un œdème du membre supérieur droit. Sujet vigoureux et bien musclé, sans antécédent pathologique, sauf une fracture du radius droit à l'âge de 10 ans ; cet homme n'a jamais eu de maladie infectieuse ; il nie toute syphilis et la réaction de Wassermann est chez lui négative ; bien qu'il exerce depuis plusieurs années sa profession de peintre, il n'a jamais eu de coliques de plomb et ne présente pas de liseré gingival ; il n'a eu récemment ni grippe, ni angine, ni malaise d'aucune sorte.

Le début de la maladie actuelle remonte au 25 janvier : depuis quelques jours, le malade ressentait quelques douleurs sous la clavicule, derrière le grand pectoral, douleurs sourdes et continues, plus gênantes par leur ténacité et par leur acuité, et s'accompagnant d'une impression de lourdeur dans tout le membre supérieur. Le malade y attachait, du reste, peu d'importance, les attribuant à l'effort prolongé qu'il avait fait en enduisant au couteau un plafond, pendant toute une semaine, travaillant le bras verticalement levé.

Le 25 janvier, le malade se met une ventouse dans la région sous-claviculaire. Dans l'après-midi, il constate, pour la première fois, un gonflement en masse de tout le membre supérieur droit.

Le lendemain, malgré les bains chauds que conseille un médecin, la tuméfaction augmente et devient douloureuse,

vers la partie interne du bras, derrière le grand pectoral. La température centrale est normale et l'état général excellent.

Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, on constate que le membre supérieur droit, depuis le bord inférieur de l'aisselle jusqu'à l'extrémité des doigts, est le siège d'une tuméfaction considérable, uniformément répartie : la circonférence du bras à sa partie moyenne est de 31 cm. à droite et de 23 à gauche. La peau est tendue et présente une coloration bleuâtre, cyanotique, très marquée, surtout au dos de la main et à la face externe du bras. Cet œdème est dur, résistant, élastique ; il ne prend pas l'empreinte du doigt. La température locale ne paraît pas modifiée. Il existe un peu de circulation veineuse collatérale au niveau du moignon de l'épaule (région deltoïdienne).

L'artère humérale au pli du coude et la radiale battent normalement. La palpation ne relève pas de douleur, sauf au niveau du creux axillaire et de la face interne du bras ; et l'on sent, sous le grand pectoral, un bourrelet induré et douloureux qui correspond au trajet des vaisseaux. L'œdème gêne considérablement les mouvements du coude, du poignet et surtout des doigts, qui ne peuvent être fléchis ; l'impotence fonctionnelle est à peu près complète.

Le diagnostic de thrombose de la veine axillaire paraît évident, et l'on applique un pansement ouaté compressif, des doigts à l'aisselle, avec suspension du membre.

Dès le lendemain, l'œdème a nettement diminué au niveau des doigts, dont les mouvements sont plus libres et du dos de la main ; la cyanose du membre s'est atténuée.

La diminution de l'œdème continue les jours suivants. Le 2 février, la circonférence du bras n'est plus que de 27 cm. (23 à gauche), la circulation veineuse collatérale a disparu, la coloration des téguments est normale, le bourrelet axillaire n'est plus perceptible.

Au bout de quelques jours, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION II (Mondor)

Homme de 68 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis le 29 août 1921.

Le 26 août, ce manœuvre, jusque-là bien portant, s'aperçoit par hasard qu'une tuméfaction de la grosseur d'une noix, indolente si l'on n'y touche pas, s'est développée au côté gauche de la base du cou. Il s'en va chez un pharmacien qui lui demande si quelque « effort » ne serait pas la cause de cette grosseur : en cherchant, le malade se souvient que, le matin même, en soulevant une boîte à ordures, il a fait un « faux mouvement » du bras gauche ; il n'y a, d'ailleurs, attaché aucune importance et n'a pas interrompu son travail.

Le 27, la tuméfaction sus-claviculaire est plus grosse, plus douloureuse ; l'épaule même semble augmentée de volume. Le 28, la tuméfaction gagne le bras, puis le dos de la main, l'impotence apparaît.

A son entrée à l'hôpital, le malade se plaint d'une vive douleur spontanée, presque continue, localisée à la face interne du bras gauche et irradiant vers l'épaule. A l'examen on est frappé par la tuméfaction considérable et régulière du membre supérieur gauche, depuis les doigts jusqu'au cou. La peau est lisse, tendue, rouge seulement à la face interne du bras. La pression du doigt marque un godet dans cet œdème.

Au niveau du creux sus-claviculaire gauche, on trouve une tuméfaction qui le comble entièrement et déborde en avant, au-dessus de la clavicule ; le doigt suit à ce niveau un cordon induré qui correspond à la veine jugulaire externe. Au devant de la clavicule et sur l'hémithorax gauche, au-dessus du mamelon, on voit un lacis de veines collatérales dilatées. Les veines céphalique et basilique sont volumineuses, mais non indurées. Le palper des régions œdématisées est peu douloureux. A la main et aux doigts,

il n'y a ni plaie, ni excoriation. Pas de modification du pouls radial du côté malade. On fait le diagnostic de phlébite des gros troncs veineux de la racine du membre, et l'on cherche s'il existe dans les antécédents quelque cause à cette phlébite. Au mois de mai précédent, le malade a été prostatectomisé par M. Marion : il a guéri sans incident et le résultat est excellent. L'examen le plus complet ne révèle rien, ni du côté des poumons, ni du côté du tube digestif. Pas d'hyperleucocytose à l'examen du sang. Le temps de coagulation est normal, le Bordet-Wassermann négatif. Le pouls est à 70, la température à 36°8 le matin et 37°8 le soir. On prescrit le repos et une légère élévation du membre.

Le 5 septembre, l'œdème du bras a encore augmenté. Il y a maintenant dans l'aisselle, correspondant au paquet vasculo-nerveux axillo-huméral, un cordon induré gros comme le petit doigt. Le 7 septembre, ce cordon descend jusqu'à la région du coude. Le 8, on se décide à intervenir pour arrêter cette thrombose progressive.

Opération. — Incision de ligature de l'artère humérale à la partie supérieure du bras. Il s'écoule en abondance du liquide d'œdème. La veine humérale principale est grosse comme le petit doigt, de couleur noirâtre ou verdâtre, suivant les points, dure. On en résèque un segment entre deux ligatures. Suture de la peau sans drainage.

Suites opératoires. — Dès le surlendemain, l'œdème du bras a diminué, les doigts et la main ont dégonflé. Lors de l'ablation des fils de suture, le membre a déjà repris un aspect presque normal.

Le malade quitte l'hôpital de 26 septembre, ayant récupéré tous les mouvements du bras et de la main, mais conservant encore un peu d'empâtement du creux sus-claviculaire.

Examens de laboratoire. — Des cultures, faites avec le caillot prélevé aseptiquement lors de l'opération et cultivé sur les milieux aerobies usuels, ont donné du staphylocoque

et du coli-bacille ; ces germes ne poussèrent, d'ailleurs, que lentement et faiblement, mais d'une façon très évidente.

L'examen histologique (professeur Lecène) de coupes de la veine thrombosée, colorées au Gram-Weigert, ont permis de déceler des amas très nets de staphylocoques ; ces amas se trouvaient à la périphérie des vaisseaux, dans les « vasa-vasorum », comme il est de règle dans les phlébites oblitérantes (Vaquez).

OBSERVATION III

GRIMAULT et M. DANTLO

(Rapport par Lecène, à la Société Nationale de Chirurgie,
le 30 janvier 1924)

R..., âgé de 45 ans, n'a jamais eu d'autre maladie qu'une intoxication saturnine en 1917. Le 6 décembre 1922, au moment où il soulevait un wagonnet pour le replacer sur les rails, R... sentit une douleur assez vive dans l'épaule droite. Il continua néanmoins son travail pendant 2 heures encore. Pendant la nuit, il souffre de l'épaule droite. Le lendemain, 7 décembre, il peut néanmoins travailler toute la matinée. L'après-midi, à 16 heures, il est forcé de quitter son travail, parce qu'il souffre et que le bras droit est enflé. Le malade se repose jusqu'au 15 décembre 1922. Aucune amélioration. A ce moment, on constate que tout le membre supérieur droit est augmenté de volume ainsi que l'épaule et la région pectorale et sus-claviculaire. Les saillies musculaires ont disparu : le bras présente un œdème dur et violacé, non dépressible. Aucune lésion de lymphangite. Le dos de la main est gonflé et les doigts sont boudinés : le réseau veineux superficiel est nettement plus marqué au niveau de la région pectorale droite qu'à gauche. On sent dans l'aisselle un cordon dur et douloureux à la pression,

gros comme un crayon. Les pouls radiaux sont synchrones et présentent la même tension artérielle.

Il existe une impotence fonctionnelle marquée de tout le membre supérieur droit. Il n'y a pas de fièvre et l'état général est bon. Le malade souffre depuis longtemps d'une laryngite chronique très rebelle. L'examen du larynx montre une rougeur diffuse, sans paralysie des cordes vocales, ni infiltration (Dr Gagnier). Ni sucre, ni albumine dans les urines. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. L'examen du sang donne comme formule leucocytaire : polynucléaires 74 ; lymphocytes 21 ; grands mononucléaires 2 ; Eosniophiles 2.

Opération le 29 décembre 1922. — Anesthésie locale. Une première incision de ligature de l'humérale au tiers supérieur du bras met à nu le paquet vasculo-nerveux ; les veines humérales sont intactes et le cordon dur que l'on sentait est le nerf médian infiltré et augmenté de volume. On fait une deuxième incision de ligature de l'axillaire dans l'aisselle ; la veine axillaire est thrombosée : elle a le volume du petit doigt ; la thrombose commence au-dessous du bord inférieur du grand pectoral par une dilatation ampullaire grosse comme une cerise, les petites veines qui aboutissent à la veine axillaire sont dilatées et thrombosées. Autour de la veine, il n'y a ni périphlébite ni adénopathies.

Resection de la veine thrombosée entre deux ligatures. On recueille aseptiquement le caillot et on fixe la veine thrombosée dans le liquide de Bouin. Les suites opératoires furent simples et le malade quitta l'hôpital très amélioré 17 jours après l'opération. On fit une hémoculture le 12 janvier : elle fut négative.

En avril 1923 le malade a repris son travail depuis trois semaines, mais il persiste une diminution de force du bras droit et des fourmillements dans les doigts, la circulation collatérale est toujours marquée.

L'examen bactériologique du caillot, fait à l'Institut bac-

tériologique de Strasbourg, a donné du staphylocoque blanc et du streptococcus viridens.

L'examen histologique (D^r Oberling, de Strasbourg) de la veine thrombosée a montré une sclérose veineuse intense et certainement ancienne avec endophlébite végétante ; dans la lumière de la veine existe un caillot stratifié en voie d'organisation. Il est incontestable que les altérations chroniques de la paroi veineuse sont bien antérieures à la thrombo-phlébite récente.

OBSERVATION IV

LOUBAT et F. CARLES

(Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest)

Séance du 20 février 1930

Il s'agit d'un ouvrier de 34 ans, chauffeur de four, qui était occupé, le 10 février dernier, à tourner la manivelle d'un treuil, destiné à élever des matériaux. L'appareil s'étant brusquement arrêté, le bras droit du malade heurta violemment un montant de bois, par sa face externe. Notre homme ressentit une douleur assez vive, il put cependant reprendre son travail après quelques instants, ressentant dans son bras une gêne, qui augmentait progressivement. Quand il quitta le chantier, six heures après, il était à bout de résistance. Il rentra chez lui, se coucha, dormit fort bien, mais le lendemain, à son réveil, tout le membre supérieur droit était gonflé et d'une lourdeur de plomb. L'état général n'était pas touché.

Nous avons l'occasion de voir le malade quatre jours après. A ce moment, l'aspect du membre est typique.

Tout le membre supérieur est le siège, jusqu'au moignon de l'épaule, d'un gonflement régulier, assez souple, sans godet d'œdème ; la peau est partout légèrement cyanosée ;

la circulation veineuse superficielle est manifestement exagérée, toutes les veines gonflées se dessinent en relief sous la peau jusqu'à la partie supérieure de la région deltoïdienne. Pas de douleur spontanée, sauf vers la région de l'aisselle, où le malade éprouve de la gêne. A ce niveau, sur les dix derniers centimètres de la face interne du bras, la main constate la présence d'un cordon induré du volume du petit doigt, douloureux à la palpation.

Le pouls radial est aussi vigoureux que du côté gauche et la tension sanguine n'est qu'un tout petit peu plus basse. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité objective. Pas de fièvre. Fait à noter, sur la face externe du bras, dans son tiers inférieur, à l'endroit où le malade a reçu le choc, on ne constate qu'une excoriation superficielle, il n'y a ni tuméfaction locale, ni ecchymose.

Aujourd'hui, dix jours après l'accident, les symptômes se sont sensiblement améliorés. Peu de douleur spontanée, le malade éprouve une simple gêne dans les mouvements, de la douleur dans le bras. Le gonflement est sensiblement stationnaire, mais la cyanose a diminué. De même le cordon induré de la face interne du bras et de l'aisselle est moins empâté, il est régulier et de la grosseur d'un crayon.

La lésion paraît évoluer vers la résolution.

OBSERVATION V

Professeur H. HARTMANN

(In : *Gazette des Hôpitaux*, 25 mars 1931)

Agé de 39 ans, il n'a jamais souffert du membre supérieur ; employé de l'hôpital, il poussait, le 27 février, un lit devant lui, avec les deux bras tendus en avant. Par suite de l'existence d'un trou dans le plancher, le lit qu'il faisait glisser sur celui-ci fut brusquement bloqué. Le malade res-

sentit une légère douleur dans le bras droit, douleur qui, sur le moment, ne l'arrêta pas dans son travail. Le lendemain, le membre se tuméfia légèrement, la douleur plus marquée, d'abord au voisinage du coude, s'étendait un peu à l'avant-bras, et remontait plus vive, le long du bord interne du bras et dans l'aisselle.

Le 1^{er} mars, il devait cesser son travail et se présentait à la consultation de l'hôpital ; on lui conseillait de prendre des bains locaux et d'envelopper le membre dans un pansement humide. Les jours suivants, la situation s'aggrava, le malade ne peut plus remuer le bras ; il souffre d'élançements au point de ne plus dormir. Aussi rentre-t-il à l'hôpital le 6 mars, une semaine après le début des accidents.

Nous l'examinons à ce moment. Le membre supérieur droit est tuméfié dans son ensemble et présente une teinte rose légèrement bleuté. La tuméfaction, surtout marquée au niveau du bras, est moindre sur l'avant-bras, mais remonte sur le moignon de l'épaule et s'étend à la région clavipectorale. Le réseau veineux sous-cutané est beaucoup plus apparent que celui du côté opposé.

A la palpation, le gonflement est mou ; la pression est un peu douloureuse sur la face antéro-interne du bras et dans le creux axillaire. On sent à ce niveau un cordon assez dur qu'on perd en haut, dans la partie supérieure de l'aisselle, en bas, au niveau du pli du coude. Le malade ne peut faire que des mouvements limités et encore à la condition de ne les exécuter que lentement.

Il existe un très léger mouvement fébrile, 38 degrés. En présence de ces symptômes, quel diagnostic devons-nous porter ? La tuméfaction du membre, la teinte rose-violacée un peu cyanotique des téguments, l'exagération de la circulation veineuse sous-cutanée, l'existence d'un cordon dur et sensible, le long de la veine humérale et dans l'aisselle, constituaient un ensemble de symptômes faisant penser à une thrombo-phlébite de la veine axillaire. L'affection avait

débuté à la suite d'un effort, nous pouvions faire le diagnostic de thrombo-phlébite par effort.

OBSERVATION VI

Docteur DERVIEUX

(Séance du 8 avril 1929

à la Société de Médecine légale de France)

Résumé de l'observation :

Le sieur V..., âgé de 30 ans, chauffeur-livreur, a été victime d'un accident le 26 novembre, dans l'après-midi. En descendant du toit de sa voiture, il a glissé et pour ne pas tomber, il s'est retenu avec son bras gauche, par lequel il est resté accroché à la galerie, celle-ci se trouvant dans le creux de l'aisselle, et faisant pression sur la face interne du bras.

Il s'est plaint d'avoir ressenti immédiatement une vive douleur, qui n'a pas rétrocedé dans les jours qui ont suivi.

V... a été examiné le 29 novembre par le médecin de son patron, qui n'a signalé aucun symptôme objectif et qui a seulement porté le diagnostic de « douleur de distention musculaire du bras gauche ».

Le certificat indiquait que l'ouvrier reprendrait son service le 4 décembre.

A cette date, V..., dont les douleurs ne s'étaient pas calmées, mais qui avait, en outre, de la température, s'est présenté à la visite. Il lui a été accordé trois jours réglementaires de repos.

Le 7 décembre, V..., qui souffrait de plus en plus, fit venir un médecin chez lui. La température était de 39°8. Sur les conseils qui lui furent donnés, V... se rendit à l'hôpital pour s'y faire radiographier, et il rentra chez lui,

sans connaître le résultat de cet examen. Ce même jour, dans la soirée, le médecin fut de nouveau appelé pour des douleurs intolérables. Il ordonna de l'aspirine. Il revint le lendemain et le surlendemain.

Le 9 décembre, la température était montée à 41°. V... fut transporté à l'hôpital, où il mourut le 12 décembre, à 2 h. 45 du matin.

Examen du cadavre :

Homme de 1 m. 70, fortement musclé. Traces d'application de ventouses sèches et de ventouses scarifiées sur l'hémithorax gauche dans sa partie postérieure.

Le bras gauche est beaucoup plus volumineux que le bras droit.

Dans la veine humérale, immédiatement après le creux axillaire, il y a un caillot adhérent aux parois du vaisseau, complètement obturé.

Ce caillot mesure 15 cm. de longueur. A son extrémité, qui se trouve à la hauteur d'une valvule, on retrouve une petite déchirure de la paroi profonde de la veine, cette plaie siégeant au milieu d'un hématome et s'étant oblitérée par le caillot.

Ouverture du corps :

Tête. — Cerveau normal.

Thorax. — *Cœur.* — Quelques plages discrètes d'adhérence à la naissance de l'aorte.

Poumon gauche. — Adhérences très lâches du lobe supérieur dans lequel, sous la plèvre viscérale, on trouve de nombreux petits foyers de gangrène pulmonaire, dont la périphérie est splénisée et dont le centre ramolli forme une bouillie d'odeur fétide caractéristique.

Le lobe inférieur est gorgé de spume d'œdème.

Poumon droit. — Adhérences très lâches du lobe supé-

rieur et du lobe moyen. Il y a plusieurs foyers de gangrène dans le lobe supérieur et de multiples petits foyers dans le lobe moyen, sous la plèvre ; le lobe inférieur est gorgé de spume.

Les fragments de coupes dans la périphérie des foyers plongent dans l'eau.

Abdomen. — Tube gastro-intestinal normal.

Rate. — Granuleuse et molle.

Reins. — Gros et décolorés.

Foie. — Un peu muscade.

A la Société de Médecine légale du 10 juin 1929, Duvoir discute la pathogénie de cette gangrène pulmonaire.

Il recherche, d'une part, la nature de la phlébite, d'autre part, les relations entre la phlébite et la gangrène pulmonaire.

Sur la nature de la phlébite, Duvoir pense que « la lésion veineuse traumatique n'a été que le point de moindre résistance où a colonisé un microbe préexistant, fixé ou circulant, qu'il s'agisse d'un germe réellement pathogène, ou d'un agent microbien banal comme il peut en circuler dans le sang, en l'absence de tout trouble morbide ».

Sur les relations entre la phlébite et la gangrène pulmonaire, tout en pensant à la possibilité de deux affections indépendantes, c'est-à-dire d'une phlébite par effort chez un sujet en puissance de gangrène pulmonaire, Duvoir se rallie à l'hypothèse de Dervieux établissant un rapport entre ces deux affections.

OBSERVATION VII

Docteur BELETRE (Sancoins, Cher)

Ouvrier d'usine, âgé de 32 ans.

Le 7 avril 1928, au cours de son travail, est serré par une

courroie au poignet droit. L'œdème prononcé remonte jusqu'au coude.

Devant la diminution des signes, 26 jours après, cet homme veut reprendre son travail. Au bout de 15 jours, il doit l'abandonner à nouveau pour entrer à l'hôpital de Clermont-Ferrand, où son examen montre les signes cliniques habituels de thrombo-phlébite par effort. Le traitement consiste en massages, applications d'air chaud et traitement électrique, et le malade ne quitte l'hôpital qu'au bout de quatre mois.

Dans un certificat du 20 novembre 1930, le Docteur Diouis du Séjour déclare : « L'état est nettement aggravé sur l'état antérieur décrit dans un certificat délivré par nous-mêmes en octobre 1928. Actuellement l'incapacité permanente de Ab... est de 40 %. »

OBSERVATION VIII

(12 mars 1928, Lyon-Caen)

A propos d'un cas de thrombo-phlébite du membre supérieur

M. S..., norvégien d'origine, ayant habité au Caucase pendant et après la guerre, âgé de 56 ans, exerce la profession de charpentier ; il vit, au mois de mai 1927, sa main droite enfler peu à peu, puis l'œdème gagna l'avant-bras et le bras. Ce n'est qu'au bout de six semaines ou deux mois que M. S... alla successivement consulter plusieurs médecins ; le dernier consulté commença en juillet un traitement par massage et diathermie, en réalité sans considérer qu'il s'agissait d'une lésion traumatique. C'est seulement le 12 septembre que la Société assurée, où se trouvait employé M. S..., fit à la Compagnie d'Assurances une déclaration d'accident de travail ainsi formulée : « Muscles foulés, le blessé a travaillé sans arrêt » ; le certificat du médecin trai-

tant, daté du 15 septembre, mentionne : « Œdème du bras consécutif à un effort musculaire, état demandant des soins prolongés. » Le 16 septembre, le rapport d'un inspecteur de la Compagnie d'Assurances mentionne une autre date pour l'accident (fin juillet ou début d'août) : « A la suite d'un effort pour soulever une machine, il vit sa main enfler. » M. S... me déclara que jamais il n'avait cessé son travail et ne voulait pas l'interrompre. C'est le médecin traitant qui, voyant la longueur des soins donnés, et obtenant difficilement de se faire payer, s'adressa à la Société employeuse ; cette dernière avança les frais pour se les faire ensuite restituer par la Compagnie d'Assurances qui refusa.

En présence des déclarations contradictoires de M. S... et de l'absence de témoignages positifs sur l'accident, j'ai du repousser la matérialité et la réalité de celui-ci.

Examen. — M. S..., âgé de 56 ans, présente une forte musculature, un très bon état général, n'accuse aucune maladie ancienne. Il faut cependant signaler qu'il vit avec sa fille, atteinte de *tuberculose pulmonaire*.

A signaler aussi qu'étant au Caucase, en 1918, il reçut un coup de poignard à la région inférieure droite du cou ; on voit, en effet, à la région sus-claviculaire droite, une cicatrice linéaire de 2 cm., oblique en bas et en avant, partant du bord antérieur du trapèze pour se terminer à 1 cm. au-dessus du bord supérieur de la clavicule. Cette cicatrice n'est ni rétractée, ni adhérente. La plaie, résultant de ce coup de poignard, aurait été très superficielle et n'aurait donné lieu qu'à une légère suppuration. L'avant-bras et le bras droit sont tuméfiés par un œdème blanc, dur, laissant peu de « godet » à l'impression du doigt ; cet œdème existe sur le dos de la main où le « gril métacarpien » est moins apparent que sur la main du côté sain, mais l'œdème y est moins marqué qu'à l'avant-bras et au bras. La région deltoïdienne et l'épaule sont respectées par l'œdème. La circonférence du bras à la partie la plus épaisse du biceps, mesure 34 cm. à droite contre 27 à gauche ; la circonférence

de la base du tronc de cône musculaire antibradical mesure 33 cm. à droite et 27 à gauche. Il existe une circulation collective assez peu marquée à la région deltoïdienne et à la partie externe de la région pectorale antérieure.

La palpation du creux axillaire ne dénote rien de particulier. Il n'existe pas d'œdème des régions pectorales et thoracique.

L'examen comparé des T A et de l'indice oscillométrique au niveau des humérales, donne les résultats suivants : T A (auscultatoire) : 15 1/2 à 9 1/2 à droite ; 15-9 à gauche ; I. O. (Pachon), 17 à droite, 7 à gauche.

L'examen des différents organes ne dénote rien de particulier ; les poumons sont normaux, le cœur est normal.

Des radiographies du creux axillaire et du thorax n'auraient rien montré d'anormal.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUM. — Die traumatische venenthrombose an der oberen extremität. *Deutsche med. Woch.*, 22 mai 1913.
- BAZY L. — Thrombophlébite de l'axillaire. *Bull. Mém. Soc. Chirurgie*, 12 mai 1926.
- BROCA. — *Bull. Mém. Soc. Chirurgie Paris*, 25 juin 1913.
- CADENAT. — Thrombophlébite du membre supérieur. *Paris Médical*, 10,253.
- COMBIER-MURARD. — L'œdème du membre supérieur dans les plaies de poitrine. *Bull. Méd. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 7 déc. 1917.
- CHUTRO. — *Argentina Medica*, XII, 337-341, 30 mai 1914.
- DELBET P. — *Bull. Méd. Soc. Chirurgie Paris*, 25 juin 1913.
- FAUQUEZ. — La thrombophlébite dite par effort du membre supérieur. *Bull. Chirurgie des accidents du travail*, n° 19, mai 1925.
- FIÉVEZ (rapport de Lécène). — Un cas de thrombose veineuse traumatique du membre supérieur. *Bull. Mém. de la Soc. de chirurgie*, 29 juin 1921.
- GAUTIER. — *Rev. Méd. Suisse Rom.*, 1913.
- GRIMAULT et DANTLO. — La thrombophlébite par effort de la veine axillaire est d'origine infectieuse; l'effort n'a qu'un rôle révélateur. *Bull. Chir. des Accidents du travail*, août 1924.
- GRIMAULT et DANTLO. — Pathogénie de la thrombophlébite dite par effort. *Bull. Mém. Soc. Chir. Paris*, 30 janv. 1924.
- GUYOT et JEANNENEY. — Thrombophlébite par effort de la veine oscillaire. *Bull. Mém. Soc. Chir.*, 13 février 1923.
- IMBERT, ODDO et CHAVERNAC. — Accidents du travail. Evaluation des incapacités. Masson, éditeur, 1923.
- JEANNENEY et MATHEY CORNAT. — *Soc. An. Clin.*, Bordeaux, 2 juin 1924.

- LANGLET et HUMBERT. — Un cas de thrombose veineuse du membre supérieur droit, dite phlébite par effort. *Union Méd. Nord-Est*, 30 août 1913.
- LENORMANT. — Les thromboses veineuses par effort. *Presse médicale*, 14 sept. 1912.
- LERI et ROGER. — Sur la pathogénie de certains œdèmes soignant traumatiques. *Soc. Neurol.*, 29 juillet 1915.
- LOWENSTEIN. — Thrombosis of axillary vein. *J. Amer. Med. Assoc.*, 15 mars 1924.
- MOCQUOT (rapport de LENORMANT). — Obstruction brusque des veines iliaques. *Bull. Mém. Soc. Chir. Paris*, 10 décembre 1919.
- MOUCHET. — *Bull. Mém. Soc. Chir.*, Paris, 18 juin 1913.
- MURARD. — Phlébite par effort du membre supérieur droit. *Progrès médical*, 1918.
- PELLOT. — Les thromboses veineuses du membre supérieur droit. *Th. Paris*, 1912-13.
- PELLOT. — Les thromboses veineuses du membre supérieur droit. *Paris Médical*, p. 264 (1913).
- PELLOT. — Un cas de thrombose veineuse du membre supérieur droit. *Presse Médicale*, 22 sept. 1916.
- POTHERAT. — *Bull. Mém. Soc. Chir.*, Paris, 2 juill. 1913.
- ROCHARD. — *Bull. Mém. Soc. Chir.*, Paris, 18 juin 1913.
- ROUTIER. — *Bull. Mém. Soc. Chir.*, Paris, 25 juin 1913.
- ED. SCHWARTZ. — *Bull. Mém. Soc. Chir.*, Paris, 25 juin 1913.
- VOSSENAAR. — Thrombose der vena axillaris. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.*, Amsterdam, 1913.
- RUGE. — *Medix Klinik*, p. 1615, 1911.
- SICARD et CANTALOUBE. — Les œdèmes de striction. *Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 26 mai 1916.
- SICARD et LAIGNEL-LAVASTINE. — Trophœdème acquis, segmentaire et chronique. *Nouvelle Iconographie Salpêtrière*, janv. 1903.
- STROUP. — *Rev. Méd. Est*, 1920.
- WILLAN. — Three cases of axillary vein obstruction. *Edinburgh Méd. j.*, 1918.
- WILSON (G.). — *Amer. J. Med. Sc.*, juin 1922.

